

Patientinnen-Begleitschein

Auszufüllen durch den behandelnden Arzt

Vorname: _____

Nachname: _____

Patientenaufkleber

Geburtstag: _____

Zyklustag: _____

Erster Tag der letzten Periode: _____

Patientin mit rezidivierenden Aborten (RSA)

Patientin mit Implantationsversagen (RIF)

Gravida: _____ Para: _____ Frühaborte (< 12. SSW): _____

Spätaborte (> 12. SSW): _____

Anzahl der bisherigen IVF/ICSI-Zyklen: _____

Anzahl der bisherigen Embryonentransfers: _____

Anmerkungen/ identifizierte Risikofaktoren: _____

Relevante (Vor-)erkrankungen: _____

Ort, Datum

Unterschrift behandelnder Ärztin/ Arzt

Notizen

Praxisstempel

